

回答期限

〳 月 日

医療的ケア児実態調査票：歯科系標榜病院（案）

施設名	
住所	
電話番号	
FAX	
メール	
ご担当者	所属： 氏名：

令和 年 月 日現在の、在宅生活を送る医療的ケア児についてご回答ください。

問1. 下記在宅医療関連診療報酬項目を算定している令和 年 月のレセプト枚数をご記載ください。

番号	診療項目	レセプト枚数
C000	歯科訪問診療料	
C001	訪問歯科衛生指導料	
C001-3	歯科疾患在宅療養管理料	
C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	
C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	
C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料	
C005	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	

⇒引き続き裏面もご記入をお願いいたします。

問2. 問1で在宅医療関連診療項目を算定している方のお住まいの市町村ごとの人数、また年齢・性別の内訳人数をご記載ください。

市町村名	人数	うち 年齢別	
		0～6 歳	7～19 歳
例) 大阪市	5	2	1

問3. 問1で在宅医療関連診療項目を算定している方の健康保険の種類について内訳人数をご記載ください。

健康保険種別	国民健康保険	社会保険	生活保護	その他
人数				

問4. 小児の在宅医療を実施している歯科系診療所をご存知でしたら、診療所名を教えてください。

例) ○○市△△診療所

ご協力いただきありがとうございました。